चिकित्सा परिचर्या–व्यय प्रतिपूर्ति नियमावली,2011:प्रमुख प्राविधान

भूमिका

भारतीय संविधान में लोक कल्याणकारी राज्य की संकल्पना की गयी है जिसके अंतर्गत राज्य अपने नागरिकों को विभिन्न प्रकार की सुविधाएँ उपलब्ध कराता है। सरकारी सेवक सरकार के ऐसे महत्वपूर्ण मानव संसाधन हैं जिनकी सहायता से विभिन्न जनहितकारी योजनाओं को मूर्त रूप दिया जाता है और जिनका स्वस्थ रहना अत्यंत आवश्यक है। यही कारण है कि राज्य सरकार अपने सेवकों के कल्याणार्थ विभिन्न प्रकार की सुविधाएँ निःशुल्क या कम दामों में उपलब्ध कराती है। इसी उद्देश्य की पूर्ति हेतु उ0प्र0 सरकार ने उ0प्र0 सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली, 1946 की रचना की थी जो कालान्तर में विभिन्न शासनादेशों द्वारा यथासंशोधित परिचालित होती रही। छठे वेतन आयोग द्वारा निर्धारित नवीन वेतन संरचना एवं चिकित्सा परिचर्या सम्बन्धी शासनादेशों की बाहुल्य– जनित जटिलता के कारण एक नवीन चिकित्सा परिचर्या नियमावली की आवश्यकता काफी दिनों से महसूस की जा रही थी। इसी आवश्यकता की पूर्ति हेतु उ0प्र0 सरकार ने चिकित्सा अनुभाग–6 की अधिसूचना संख्या– 2275/5–6–11–1082/87, दिनांक 20 सितम्बर, 2011 द्वारा इस विषय पर विद्यमान समस्त नियमों एवं आदेशों को अवक्रमित करते हुए उ0प्र0 सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली, 2011 का प्रख्यापन किया है। प्रस्तुत लेख में चिकित्सा अनुभाग–6 के शा0सं0–1519/पाँच–6–12–266(जी)/11, 11दिसंबर 2012 एवं 1838/पाँच–6–12–4003/08,26 दिसंबर 2012 तथा अधिसूचना संख्या 474/पॉच–6–14–1082/टी0सी0, लखनऊ दिनांक 4 मार्च, 2014 द्वारा किये गये संशोधनों का समावेश किया गया है। इस नियमावली के महत्वपूर्ण प्राविधानों का संक्षिप्त विवरण निम्नवत् है :–

1. **पात्रता**

उ0प्र0 सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली, 2011 सभी सरकारी सेवकों, जब कि वे कार्य पर हों या अवकाश पर हों या निलंबन के अधीन हों और उनके परिवार पर लागू होगी। यह नियमावली सेवानिवृत्त सरकारी सेवकों और उनके परिवार पर भी लागू होगी तथा मृत सरकारी सेवकों के मामलों में उनके परिवार के ऐसे सदस्यों पर लागू होगी जो पारिवारिक पेंशन के लिए पात्र हों।

2. **संदर्भित परिभाषाएँ**

उपर्युक्त नियमावली में प्रयुक्त मुख्य शब्दों को निम्नवत् परिभाषित किया गया है–

(क) **"**प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक**"** का तात्पर्य किसी सरकारी चिकित्सालय के ऐसे चिकित्सा अधिकारियों या विशेषज्ञों से या संदर्भकर्ता संस्थाओं के ऐसे प्रवक्ताओं, उपाचार्यों, आचार्यों या अन्य विशेषज्ञों से है जो

उक्त विषय को अधिक बोधगम्य बनाने हेतु आप द्वारा पुनर्लिखित लेख संस्थान के ई–मेल (ifmtr@nic.in) पर भेजा जा सकता है।

किसी लाभार्थी को चिकित्सा परिचर्या और उपचार उपलब्ध कराने के लिए सरकार के सामान्य या विशेष आदेश द्वारा प्रतिनियुक्त हों।

(ख) **"लाभार्थी"** का तात्पर्य सरकारी सेवक और उनके परिवार, सेवानिवृत्त सरकारी सेवक और उनके परिवार और मृत सरकारी सेवकों के मामले में उनके परिवार के ऐसे सदस्यों से है जो पारिवारिक पेंशन के पात्र हों।

(ग) **"परिषद"** का तात्पर्य यथाविहित कर्तव्यों के निर्वहन हेतु सरकार द्वारा गठित जिला, मण्डल व राज्य स्तरीय चिकित्सा परिषद से है।

(घ) **"परिवार"** का तात्पर्य–

- सरकारी सेवक के पति/पत्नी (यथास्थिति)।
- माता–पिता, बच्चे, सौतेले बच्चे, अविवाहित/तलाकशुदा/परित्यक्ता पुत्री, अविवाहित/तलाकशुदा/परित्यक्ता बहनें, अवयस्क भाई, सौतेली माता से है, जो सरकारी सेवक पर पूर्णता आश्रित है और सामान्यतया सरकारी सेवक के साथ निवास कर रहे है।

टिप्पणी–1– किसी परिवार के ऐसे सदस्यों, जिनकी उपचार आरम्भ होने के समय पर सभी स्रोतों से आय रू0 3500/– और रू0 3500 प्रति माह की मूल पेंशन पर अनुमन्य मंहगाई भत्ते के योग से अधिक न हो, को पूर्णतया आश्रित माना जायेंगा।

टिप्पणी–2– आश्रितों के लिए आयु सीमा निम्नवत् होगीः–

(1) पुत्र– सेवायोजित हो जाने या 25 वर्ष की आयु प्राप्त कर लेने या विवाहित हो जाने तक, जो भी पहले हो।

(2) पुत्री– सेवायोजित हो जाने या विवाहित हो जाने तक, जो भी पहले हो।

(3) ऐसा पुत्र जो मानसिक या शारारिक स्थाई निःशक्तता से ग्रस्त हो– जीवन पर्यन्त।

(4) तलाकशुदा/पति से परित्याजित/विधवा आश्रित पुत्रियां और तलाकशुदा/पति से परित्याजित/विधवा आश्रित बहनें–जीवन पर्यन्त।

(5) अवयस्क भाई– वयस्कता प्राप्त करने तक।

(ड.) **"चिकित्सालय"** का तात्पर्य ऐलोपैथिक या होम्योपैथी चिकित्सालय या भारतीय चिकित्सा पद्धति की डिस्पेंसरी या स्वास्थ्य जाँच और चिकित्सीय अन्वेषण हेतु प्रयोगशाला एवं केन्द्र से है।

(च) **"सेवानिवृत्त सरकारी सेवक"** का तात्पर्य किसी सरकारी सेवक से है जो सेवानिवृत्त हो गया हो और सरकार से पेंशन आहरित कर रहा हो किन्तु इसमें वे सरकारी सेवक जो राज्य सरकार की सेवा छोड़ने के पश्चात् किसी स्वशासी संस्था/उपक्रम/निगम आदि में आमेलित हो गये हों, सम्मिलित नहीं हैं।

(छ) **"संदर्भित करने वाली संस्था"** का तात्पर्य सभी राजकीय चिकित्सा महाविद्यालय, छत्रपति शाहू जी महाराज चिकित्सा विश्वविद्यालय लखनऊ, संजय गाँधी स्नातकोत्तर आयुर्विज्ञान एवं अनुसंधान संस्थान लखनऊ, डा0 राम मनोहर लोहिया आयुर्विज्ञान संस्थान लखनऊ, ग्रामीण आयुर्विज्ञान एवं अनुसंधान संस्थान सैफई, इटावा, इंस्टीट्यूट ऑफ मेडिकल साइंस, वाराणसी (बनारस हिन्दू विश्वविद्यालय), जवाहर लाल नेहरू चिकित्सा महाविद्यालय अलीगढ़ (अलीगढ़ मुस्लिम विश्वविद्यालय) एवं जिला चिकित्सालयों के मुख्य चिकित्सा अधिकारी और सरकार द्वारा इस रूप में अधिसूचित किसी अन्य संस्था से है।

(ज) ''राज्य'' का तात्पर्य उत्तर प्रदेश से है।

(झ)(एक) ''सरकारी चिकित्सालय'' का तात्पर्य राज्य सरकार अथवा केन्द्र सरकार द्वारा चलाये जा रहे या किसी सरकारी चिकित्सा महाविद्यालय से सहबद्ध चिकित्सालय से है।

(दो) ''प्राधिकृत संविदाकृत चिकित्सालयों का तात्पर्य ऐसे चिकित्सालयों से है, जिनसे सी0जी0एच0एस0 (केन्द्रीयित सरकारी स्वास्थ्य सेवायें) की दरों के सम मूल्य पर उपचार उपलब्ध कराने के लिये राज्य सरकार द्वारा संविदा की गयी है।

(ट)''उपचारी चिकित्सक'' का तात्पर्य आयुर्विज्ञान की किसी पद्धति के यथाविहित अर्हतायुक्त चिकित्सक से है, जो लाभार्थी का वास्तव में उपचार करता है।

(ठ) ''उपचार'' का तात्पर्य सभी उपभोग्य (कन्ज्यूमेबल) एवं उपभोग पश्चात् त्याज्य (डिस्पोजेबल), चिकित्सीय एवं शल्य सुविधाओं के उपयोग एवं परीक्षण की विधियों और निदान के प्रयोजनार्थ अन्वेषण से है और इसमें अंग प्रत्यारोपण, औषधियाँ, सेरा, वेक्सीन, अन्य थेराप्यूटिक सामग्रियों की आपूर्ति, विहित जीवन रक्षक प्रक्रियायें या चिकित्सालय में भर्ती होना और देख–रेख भी सम्मिलित है।

3. सरकारी चिकित्सालयों और चिकित्सा महाविद्यालयों/संजय गाँधी स्नातकोत्तर आयुर्विज्ञान संस्थान/छत्रपति शाहू जी महाराज चिकित्सा विश्वविद्यालय में उपचार

समस्त लाभार्थी किसी सरकारी चिकित्सालय एवं चिकित्सा महाविद्यालय या प्राधिकृत संविदाकृत चिकित्सालयों में निःशुल्क चिकित्सा परिचर्या और उपचार पाने के हकदार होंगे। सामान्यतया यह सुविधा लाभार्थी के निवास या तैनाती के स्थान पर उपलब्ध करायी जायेगी। चिकित्सा परिचर्या और उपचार के

लिए पंजीकरण फीस व अन्य विहित फीस सरकार द्वारा पूर्णतया प्रतिपूरित की जायेगी। आपात मामलों में, यदि परिस्थितियों की अपेक्षा हो तो, एम्बुलेंस भी निःशुल्क भी उपलब्ध करायी जायेगी।

कोई लाभार्थी भुगतान करने पर संजय गाँधी स्नातकोत्तर आयुर्विज्ञान संस्थान (एस0जी0पी0जी0आई0), लखनऊ और किंग जार्ज मेडिकल यूनिवर्सिटी (के0जी0एम0यू0), लखनऊ और सरकारी चिकित्सा महाविद्यालयों में बिना संदर्भ के उपचार प्राप्त कर सकता है। चिकित्सा परिचर्या या उपचार पर किया गया व्यय विहित रीति में दावे के प्रस्तुतीकरण पर पूर्णतया प्रतिपूरणीय होगा।

उपर्युक्त के अतिरिक्त प्राधिकृत संविदाकृत चिकित्सालयों में संदर्भ के साथ भुगतान के प्रति उपचार प्राप्त किया जा सकता है। विहित नियामावली के अधीन चिकित्सकीय देख–रेख या उपचार पर उपगत व्यय हेतु दावा प्रस्तुत किये जाने पर पूर्णतया प्रतिपूरणीय होगा।

4- लाभार्थी की पहचान का प्रमाणपत्र : स्वास्थ्य–पत्रक (Health Card)

उपरोक्त के अन्तर्गत किसी लाभार्थी को निःशुल्क चिकित्सा उपचार तभी उपलब्ध होगा जब उसके द्वारा परिशिष्ट–क (संलग्न) में दिये गये प्रारूप पर कार्यालयाध्यक्ष के हस्ताक्षर एवं मुहर से निर्गत एवं संख्यांकित स्वास्थ्य–पत्रक के माध्यम से अपनी पहचान का प्रमाणपत्र प्रस्तुत किया जायेगा। स्वास्थ्य–पत्रक पर चस्पा फोटो पर कार्यालय की मोहर इस प्रकार लगायी जायेगी कि फोटो और पत्रक दोनों पर लग जाय।

किसी पेंशनभोगी व्यक्ति के लिए उसका पदनाम, तैनाती का स्थान मूलवेतन और वेतनमान, उसकी सेवानिवृत्ति/मृत्यु से पूर्व उसकी अंतिम तैनाती के अनुसार होगा, किन्तु स्वास्थ्य कार्ड उसके द्वारा पेंशन आहरित किये जाने के स्थान पर स्थित उसके सेवा के विभाग के कार्यालयाध्यक्ष द्वारा निर्गत किया जायेगा। सरकार भविष्य में स्वास्थ्य प्रमाण–पत्र के स्थान पर उत्तर प्रदेश स्वास्थ्य सेवा पहचान पत्र (स्मार्ट कार्ड) चरणबद्ध रूप से जारी कर सकती है।

स्वास्थ्य–पत्रक में अपेक्षित किसी विवरण का न होना उसे अविधिमान्य बना देगा। फिर भी, यदि परिवार के किन्ही सदस्यों के बारे में कोई विवरण छूटा हो तो केवल वही सदस्य अपात्र होंगे और स्वास्थ्य–पत्रक शेष लाभार्थियों के लिए विधिमान्य होगा।

5. सरकारी चिकित्सालयों/चिकित्सा महाविद्यालयों में सरकारी सेवक को अनुमन्य वार्ड

किसी सरकारी चिकित्सालय/महाविद्यालय में अंतरंग (इन्डोर) उपचार के मामले में सभी लाभार्थियों को निम्नवत् वेतनमान की प्रास्थिति के अनुरूप वार्डो की अनुमन्यता है–

क्रम	मूल वेतन (बैंड वेतन+ग्रेड वेतन)	अनुमन्य वार्ड
1	रू0 19,000 या अधिक	निजी या विशेष (प्राइवेट/स्पेशल) वार्ड

2	रू0 13,000 से अधिक और रू0 19,000 से कम	सशुल्क (पेइंग) वार्ड
3	रू0 13,000 या कम	सामान्य (जनरल) वार्ड

पेंशनभोगी व्यक्ति के मामले में पेंशनभोगी द्वारा आहरित अंतिम मूल वेतन को ही उपर्युक्त सुविधा के लिए आधार माना जायेगा फिर भी कोई पेंशनभोगी ऐसी सेवाओं से निम्नतर सेवाएँ नहीं पायेगा जो कि वह अपनी सेवानिवृत्ति के ठीक पूर्व पाता रहा है। किसी लाभार्थी को उसके अनुरोध पर उसकी वास्तविक अनुमन्यता से बेहतर वार्ड सुविधा उपलब्ध कराये जाने की दशा में उसको अतिरिक्त व्यय का वहन स्वयं करना होगा।

टिप्पणी– प्राधिकृत संविदाकृत चिकित्सालयों में अंतरंग उपचार हेतु वार्ड की हकदारी के लिए मानदण्ड, मूलवेतन+ग्रेडवेतन की सीमाओं पर आधारित होगे जैसा कि ऐसे चिकित्सालयों में भारत सरकार की सी0जी0एच0एस0 दरों के अधीन आच्छादित सरकारी सेवकों पर लागू है।

चिकित्सा अवधि में रोगी को आहार शुल्क भी अनुमन्य होगा किन्तु यह सम्बन्धित सरकारी चिकित्सालय में तत्समय प्रयोज्य शुल्क से अधिक नहीं होगा।

6. अन्य स्रोतों से औषधियों आदि की आपूर्ति

किसी लाभार्थी के उपचार के लिए औषधियाँ यथा सेरा, वैक्सीन, रक्त, अन्य थेराप्यूटिक सामग्रियों की आपूर्ति या चिकित्सीय अन्वेषण यथा सोनोग्राफी, सी0टी0 स्कैन या कोई अन्य जाँच, जो आवश्यक समझी जाय, अन्य सरकारी या निजी स्रोतों से उपलब्ध कराई जायेगी किन्तु इसके साथ उपचारी चिकित्सक का इस आशय का प्रमाणपत्र अनिवार्य होगा कि ऐसी औषधियाँ या सुविधाएँ सरकारी चिकित्सालय/चिकित्सा महाविद्यालय में उपलब्ध नहीं है। प्रतिबन्ध यह है कि ऐसी दवाइयाँ जो खाद्य वस्तुओं, टॉनिक, प्रसाधन के रूप में प्रयुक्त हों या निजी रक्त बैंक से रक्त के लिए सामान्यतः उपचारी चिकित्सक द्वारा परामर्श नहीं दिया जायेगा।

7. कृत्रिम अंगो की अनुमन्यता

उपचारी चिकित्सक की संस्तुति पर और चिकित्सालय के चिकित्सा अधीक्षक (पदनाम जो भी हो) के अनुमोदन से निम्नलिखित कृत्रिम अंग और साधित्र अनुमन्य किये जा सकते हैं–

1– आर्थोपेडिक प्रोस्थीसिस हिप

2– प्रोस्थीसिस फार नी ज्वाइंट

3– सरवाइकल कालर्स

4– कार्डियॉक पेसमेकर

5– कार्डियॉक वाल्व

6– आर्टिफिशियल वोकल बाक्स

उक्त विषय को अधिक बोधगम्य बनाने हेतु आप द्वारा पुनर्लिखित लेख संस्थान के ई–मेल (ifmtr@nic.in) पर भेजा जा सकता है।

7– हियरिंग एड/कॉक्लियर इम्प्लान्ट

8– इन्ट्राऑक्यूलर लेन्स रीइम्प्लान्ट

9– थेराप्यूटिक कान्टैक्ट लेन्स

10–कम्प्लीट आर्टिफिशियल डेन्चर (संपूर्ण कृत्रिम दंतावली)

11–स्पेक्टेकल्स (चश्मे) (तीन वर्षो में एक बार से अनधिक)

12–निःशक्त के उपयोग के लिए कृत्रिम अंग को शामिल करते हुए साधित्र

13–सरकार द्वारा अनुमोदित कोई अन्य साधित्र– इसके अंतर्गत सीपैप/बाईपैप यंत्र को निम्न शर्तों को ध्यान में रखते हुए क्रय किया जा सकता है–

1– चिकित्सा विशेषज्ञ द्वारा रोगी के स्लीपलैब जाँच रिपोर्ट के आधार पर।

2– सीपैप/बाईपैप यंत्र के प्रयोग हेतु फर्म द्वारा सर्विस प्रोवाइडर के द्वारा प्रयोगविधि के प्रशिक्षण की सुविधा उपलब्ध होने पर।

3– सीपैप/बाईपैप यंत्र की निर्धारित दर /सी0जी0एच0एस0 दर में से जो भी कम हो।

उपर्युक्त कृत्रिम अंगों और साधित्रों की आपूर्ति विशिष्टियों या निर्माण, नाम इत्यादि इंगित करते हुए उपचारी चिकित्सक की लिखित सलाह पर ली जायेगी।

8. तात्कालिक/आपातकालीन स्थिति में निजी (Private) चिकित्सालय में उपचार की सुविधा

किसी लाभार्थी को राज्य के भीतर या बाहर तात्कालिक/आपात स्थिति में या यात्रा पर किसी निजी चिकित्सालय या प्राधिकृत संविदाकृत चिकित्सालय में उपचार प्राप्त करने की अनुमन्यता होगी। उपचार की लागत राज्य के भीतर उपचार कराने की दशा में संजय गाँधी स्नातकोत्तर आयुर्विज्ञान संस्थान (एसजीपीजीआई) और राज्य से बाहर उपचार की दशा में अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान (एम्स), नई दिल्ली की दरों पर प्रतिपूरणीय होगी और प्राधिकृत संविदाकृत चिकित्सालयों में उपचार कराने की दशा में उपचार की लागत सी0जी0एच0एस0 की दरों पर प्रतिपूरणीय होगी। प्रतिबन्ध यह है कि–

- उपचार करने वाले चिकित्सक द्वारा आपात दशा प्रमाणित की जाए।
- रोगी या उसके संबंधी द्वारा द्वारा अपने कार्यालयाध्यक्ष को यथाशीघ्र किन्तु उपचार प्रारम्भ होने के 30 दिनों के अंदर अवश्य सूचित कर दिया जाय।
- आपात स्थिति में एयर एम्बुलेन्स पर होने वाले व्यय की धनराशि भी प्रतिपूर्ति योग्य होगी।

9. सरकारी कार्य से अन्य राज्यों की यात्रा पर गये सरकारी सेवक को उपचार की सुविधा

उक्त विषय को अधिक बोधगम्य बनाने हेतु आप द्वारा पुनर्लिखित लेख संस्थान के ई–मेल (ifmtr@nic.in) पर भेजा जा सकता है।

कार्यालय कार्य से या निजी कार्य के लिए यात्रा के दौरान अन्य राज्यों को गये सरकारी सेवक सम्बन्धित राज्य के सरकारी चिकित्सालय या प्राधिकृत संविदाकृत चिकित्सालय में चिकित्सा परिचर्या और उपचार पाने के हकदार होंगे और उस पर हुआ वास्तविक व्यय पूर्णतया प्रतिपूर्ति योग्य होगा, किन्तु चिकित्सा महाविद्यालयों, संस्थान या निजी चिकित्सालयों में कराये गये उपचार पर हुए व्यय की प्रतिपूर्ति अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान (एम्स), नई दिल्ली की दरों पर होगी और प्राधिकृत संविदाकृत चिकित्सालय में कराये गये उपचार की प्रतिपूर्ति सी0जी0एच0एस0 की दरों पर होगी।

कार्यालयीय यात्रा पर विदेश जाने वाले सरकारी सेवकों से यह प्रत्याशा की जाती है कि वे यात्रा एवं स्वास्थ्य बीमा पालिसी प्राप्त कर लें, जिससे कि आवश्यकता पड़ने की दशा में विदेश यात्रा के दौरान उन्हें चिकित्सकीय उपचार का लाभ बीमा योजना के अंतर्गत मिल सके। यात्रा एवं स्वास्थ्य बीमा पालिसी के बीमा प्रीमियम की प्रतिपूर्ति यात्रा भत्ता देयक में टिकट के साथ की जा सकती है किन्तु किसी भी स्थिति में राज्य सरकार द्वारा पृथक से किसी चिकित्सा प्रतिपूर्ति की स्वीकृति नहीं दी जायेगी।

10. निजी चिकित्सालयों में विशिष्ट उपचार

जटिल और गंभीर बीमारियों के उपचार के लिए, जिनके लिए सरकारी चिकित्सालय या संदर्भित करने वाली संस्थाओं में चिकित्सा सुविधा उपलब्ध नहीं है, संदर्भित करने वाली संस्था के आचार्य या विभागाध्यक्ष या सरकारी जिला चिकित्सालय के मुख्य चिकित्सा अधीक्षक या जिले के मुख्य चिकित्साधिकारी से अन्यून श्रेणी के उपचारी चिकित्सक द्वारा विशिष्ट उपचार और चिकित्सा परिचर्या के लिए रोगी को ऐसे निजी चिकित्सालय या संस्था को जिसे राज्य सरकार अथवा केन्द्र सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त हो, संदर्भित किया जा सकता है।

ऐसे निजी चिकित्सालय या संस्था में उपचार पर व्यय की प्रतिपूर्ति वास्तविक व्यय या राज्य के भीतर उपचार के लिए संजय गाँधी स्नातकोत्तर आयुर्विज्ञान एवं अनुसंधान संस्थान (एस0जी0पी0जी0आई), लखनऊ की दरों या राज्य बाहर हुए उपचार के लिए अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान (एम्स), नई दिल्ली की दरों तक, जो भी कम हो, सीमित होगी। प्राधिकृत संविदाकृत चिकित्सालयों को संदर्भित मामलों पर उपगत व्यय की प्रतिपूर्ति सी0जी0एच0एस0 की दरों पर की जायेगी। संदर्भित निजी चिकित्सालय या संस्था में उपचार पर व्यय की प्रतिपूर्ति वास्तविक व्यय या राज्य के भीतर उपचार के लिए में सुविधा विद्यमान न होने पर हुए व्ययों की प्रतिपूर्ति वास्तविक आधार पर की जायेगी, परन्तु प्रतिबंध यह है कि उपचार देश के भीतर कराया जाय।

सरकारी चिकित्सालय के बाहर होम्योपैथी, यूनानी या आयुर्वेद पद्धति या किसी अन्य विहित भारतीय चिकित्सा पद्धति द्वारा उपचार की प्रतिपूर्ति उस रूप में की जायेगी जैसी सरकार द्वारा निर्धारित की जाय।

10(अ). लीवर प्रत्यारोपण पर होने वाले व्यय की प्रतिपूर्ति के संबंध में दरों का निर्धारण

शासन द्वारा एस0जी0पी0जी0आई0, लखनऊ से लीवर प्रत्यारोपण पर होने वाले व्यय की सूचना के आधार पर लीवर प्रत्यारोपण पर होने वाले व्यय हेतु निम्नलिखित सीमा तक प्रतिपूर्ति किये जाने का निर्णय लिया गया हैः–

संपूर्ण पैकेज	रु0 14,00,000 / –
इसमें सम्मिलित है–	
1–प्रत्यारोपण कराने वाले रोगी की आपरेशन से पूर्व की जाँच	रु0 50,000 / –
2. प्रत्यारोपण कराने वाले रोगी की आपरेशन से पूर्व स्वास्थ्य तैयारी	रु0 2,00,000 / –
3. लीवर दान करने वाले व्यक्ति की जॉचे आदि	रु0 50,000 / –
4. आपरेशन हेतु रक्त की जॉचे तथा रक्त अवयव का मूल्य	रु0 50,000–1,00,000 / –
5. प्रत्यारोपण आपरेशन का पैकेज	रु0 10,00,000 / –

उक्त विषय को अधिक बोधगम्य बनाने हेतु आप द्वारा पुनर्लिखित लेख संस्थान के ई–मेल (ifmtr@nic.in) पर भेजा जा सकता है।

उक्त में चार सप्ताह की रोगी की भर्ती फीस और 15 दिन का डोनर का भर्ती शुल्क औषधियों तथा अन्य सर्जिकल सामग्री का खर्च, आपरेशन थिएटर, बेहोशी आदि का शुल्क चिकित्सालय शैय्या शुल्क तथा आई0सी0यू0 भर्ती शुल्क एवं दो बार आवश्यक पेट के आपरेशन का शुल्क सम्मिलित है।

उक्त के अतिरिक्त निम्नलिखित जाँच, उपचार, उपचारोत्तर फालो–अप आदि पर जो भी धनराशि व्यय हो, उसे वास्तविक व्यय के आधार पर अनुमन्य किया जाय :–

उक्त अवधि के अतिरिक्त जो भी खर्चे होगें उनका शुल्क बेड की कैटेगरी के अनुसार अग्रिम जमा करना पड़ेगा। रूटीन इम्यूनो सप्रेशन शुल्क भर्ती अवधि में सम्मिलित रहेगा। (आई एल रिसेप्टर ब्लाक–2) इसके अतिरिक्त अन्य इम्यूनो सप्रेसिव औषधियों का खर्च अलग से देना होगा (वैसीलिक्सीमैव, उैक्लीज्यूमैव, ए0टी0जी0, एच0बी0आई0जी0, पेजइन्टरफेरान यदि आवश्यकता हुई तो अलग से देय शुल्क देय होगा)।

उक्त अवधि में रक्त एवं रक्त अवयव की आवश्यकता पड़ने पर रू0 50,000/– से रू0 1,00,000/– का खर्च वास्तविक खर्च के अनुसार देय होगा।

लीवर डायलिसिस आपरेशन से पूर्व अथवा आपरेशन के पश्चात् आवश्यकता पड़ने पर रू0 2,00,000/– के खर्च पर अलग से देय होगा।

उक्त खर्चे में मेन्टीनेन्स इम्यूनो सप्रेसिव औषधियों का खर्च सम्मिलित नहीं है। उनकी खुराक रोगी के वजन के अनुसार तय की जाती है, का खर्च अतिरिक्त देय होगा।

11. सरकारी सेवको को अनुमन्य चिकित्सा अग्रिम

सरकारी सेवक के उपचार के लिए प्रतिपूर्ति के दावे को स्वीकृत करने वाला सक्षम प्राधिकारी प्राक्कलित धनराशि के 75 प्रतिशत तक अग्रिम स्वीकृत करने के लिए सक्षम होगा। अग्रिम के लिए आवेदन परिशिष्ट "ख" (संलग्न) में दिये गये निर्धारित प्रारूप पर कार्यालयाध्यक्ष को प्रस्तुत किया जायेगा और उसके साथ उपचार करने वाले चिकित्सक द्वारा हस्ताक्षरित प्राक्कलन भी संलग्न किया जायेगा जो चिकित्सालय संस्थान के प्रमुख/मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त चिकित्सालय के विभागाध्यक्ष द्वारा अनिवार्य रूप से प्रतिहस्ताक्षरित होना चाहिए। कार्यालयाध्यक्ष यह सुनिश्चित करने के लिए आवश्यक उपाय करेगा कि चिकित्सा अग्रिम स्वीकर्ता प्राधिकारी द्वारा यथाशीघ्र अग्रिम स्वीकृत कर दिया जाय। चिकित्सा अग्रिम उपभोग किये जाने के तत्काल पश्चात् किन्तु उपचार समाप्त होने के तीन माह के अंदर सरकारी सेवक को समायोजन/प्रतिपूर्ति दावा प्रस्तुत करना होगा। किसी रोग के निरन्तर उपचार की दशा में,

---

परिचारक चिकित्सा की सलाह और संस्तुति पर, विशिष्ट परिस्थितियों को ध्यान में रखते हुए द्वितीय अग्रिम की स्वीकृति इस शर्त के अधिनियम रहते हुये दी जा सकती है कि पूर्ववर्ती स्वीकृत अग्रिम को एक आंशिक दावा प्रस्तुत करके समायोजित किया गया है। प्रत्येक स्वीकर्ता प्राधिकारी परिशिष्ट "घ" (संलग्न) में निर्धारित प्रारूप पर एक रजिस्टर रखवायेगा। आहरण वितरण अधिकारी अग्रिम–आहरण हेतु देयक–प्रपत्र (बिल) पर यह प्रमाणपत्र देगा कि स्वीकृत चिकित्सा अग्रिम की उक्त रजिस्टर में प्रविष्टि कर ली गयी है।

यदि अग्रिम के समायोजन के लिए चार महीनों के अंदर दावा प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अग्रिम की संपूर्ण धनराशि लाभार्थी के वेतन से मासिक किश्तों में काट ली जायेगी जो सकल वेतन के आधे से अधिक नहीं होगी। यदि चिकित्सा अग्रिम स्वीकृत होने के पश्चात् उपचार प्रारम्भ नहीं होता है तो ऐसे अग्रिम की वापसी तीन महीनों में की जानी होगी और यदि ऐसे अग्रिम की वापसी तीन महीनों के अंदर नहीं की जाती है तो दण्डात्मक ब्याज भी आरोपित किया जायेगा, जो भविष्यनिधि पर लागू ब्याज की सामान्य दर से 2.5 प्रतिशत अधिक होगा, जिसकी गणना चिकित्सा अग्रिम की स्वीकृति के दिनांक से की जायेगी।

12. चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति

लाभार्थी द्वारा स्वीकर्ता प्राधिकारी को, यथाशक्य शीघ्र किन्तु उपचार समाप्ति के तीन माह के भीतर परिशिष्ट 'ग' में दिये गये निर्धारित प्रारूप में प्रतिपूर्ति दावा (Reimbursement Claim) प्रस्तुत किया जायेगा। बीजक के साथ संदर्भ पत्र, उपचार परामर्श पत्रक और उपचारी चिकित्सक द्वारा विधिवत् सत्यापित किए गए वाउचर और परिशिष्ट "ड." (बहिरंग उपचार) में अथवा परिशिष्ट "च" (अंतरंग उपचार) में अनिवार्यता प्रमाणपत्र मूल रूप में प्रस्तुत करना अनिवार्य होगा। विशेष परिस्थितियों में दावे की पुष्टि हेतु अन्य मूल दस्तावेज भी संलग्न किए जा सकते हैं। अपूर्ण दावों पर विचार नहीं किया जायेगा।

13. चिकित्सा परिचर्या–व्यय प्रतिपूर्ति दावा पर कार्यवाही संबंधी समय–सारणी

चिकित्सा परिचर्या–व्यय की प्रतिपूर्ति के संबंध में सरकारी सेवक द्वारा अपना दावा सामान्यतः **तीन माह के भीतर प्रस्तुत** कर दिया जाना चाहिए अन्यथा स्थिति में विभागीय सचिव का अनुमोदन अनिवार्य होगा जो मामले के गुण–दोष के आधार पर दावे की प्रतिपूर्ति का विनिश्चय करेगा। स्वीकर्ता अधिकारी या पेंशनभोगी के मामले में कार्यालयाध्यक्ष दावा प्रस्तुत किये जाने के दस दिनों के भीतर तकनीकी परीक्षण के लिए सक्षम प्राधिकारी को प्रेषित करेगा। सम्बन्धित प्राधिकारी, सम्यक् तकनीकी परीक्षण करने के पश्चात् वास्तविक प्रतिपूर्ति करने योग्य धनराशि इंगित करते हुए उस दावे को 15 दिनों के भीतर यथास्थिति

स्वीकर्ता प्राधिकारी या कार्यालयाध्यक्ष को वापस कर देगा। यदि तकनीकी परीक्षण में कोई भी आपत्ति उठाई/संसूचित नहीं की गई है तो स्वीकर्ता प्राधिकारी द्वारा तकनीकी परीक्षण रिपोर्ट प्राप्त होने के दिनांक से एक माह के भीतर प्रतिपूर्ति आदेश जारी किया जायेगा और आहरण वितरण अधिकारी अगले 15 दिन के भीतर उसका भुगतान सुनिश्चित करेगा। पेंशनभोगी व्यक्ति के मामले में, यदि कार्यालयाध्यक्ष स्वीकर्ता प्राधिकारी न हो तो, यह तकनीकी परीक्षण रिपोर्ट के साथ प्रतिपूर्ति के दावे को 7 दिनों के भीतर स्वीकर्ता प्राधिकारी को अग्रसारित कर देगा जो भुगतान के लिए उपर्युक्त समय–सारणी का अनुसरण करेगा।

14. तकनीकी परीक्षण अधिकारी

उपचार हेतु प्रतिपूर्ति दावा स्वीकृत करने के लिए सक्षम प्राधिकारी निम्नवत् होंगे :–

क– सरकारी सेवकों के लिए :–

क्रम	दावे की धनराशि	सक्षम प्राधिकारी
1	रू0 50,000 तक	उपचारी या संदर्भकर्ता सरकारी चिकित्सालय, आयुर्वेदिक, यूनानी, होम्योपैथिक सरकारी चिकित्सालय का प्रभारी चिकित्साधिकारी/अधीक्षक।
2	रू0 50,000 से अधिक	उपचारी या संदर्भकर्ता मुख्य सरकारी चिकित्सालय का मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/चिकित्सा अधीक्षक/मुख्य चिकित्साधिकारी/जिला होम्योपैथिक चिकित्साधिकारी या क्षेत्रीय आयुर्वेदिक एवं यूनानी अधिकारी।
3	निजी चिकित्सालयों में विशिष्ट उपचार हेतु	संदर्भकर्ता संस्था के चिकित्सा अधीक्षक/मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/जिले के मुख्य चिकित्साधिकारी या आचार्य या विभागाध्यक्ष से अन्यून श्रेणी के उपचारी चिकित्सक द्वारा।

सक्षम तकनीकी प्राधिकारी दावे की विधिमान्यता/अनिवार्यता और अनुमन्यता का तकनीकी परीक्षण करेगा और प्रतिपूर्ति हेतु अनुमन्य धनराशि शब्दों और अंको दोनों में संस्तुत करेगा।

15. स्वीकर्ता प्राधिकारी

उपचार हेतु प्रतिपूर्ति दावा स्वीकृत करने के लिए सक्षम प्राधिकारी निम्नवत् होंगे :–

क– कार्यरत/सेवानिवृत्त सरकारी सेवकों के लिए :–

क्रम	दावे की धनराशि	स्वीकर्ता प्राधिकारी
1	रू0 2,00,000 तक	कार्यालयाध्यक्ष
2	रू0 2,00,000 से अधिक रू0 5,00,000 तक	विभागाध्यक्ष
3	रू0 5,00,000 से अधिक रू0 10,00,000 तक	सरकार का प्रशासकीय विभाग
4	रू0 10,00,000 से अधिक	वित्त विभाग के पूर्वानुमोदन और चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग की संस्तुति के पश्चात सरकार का प्रशासकीय

		विभाग

16. चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा स्वीकृत करने हेतु अनिवार्य दस्तावेज

✓ उपचारी चिकित्सक द्वारा विधिवत् हस्ताक्षरित और चिकित्सालय के प्रभारी अधीक्षक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित अनिवार्यता प्रमाणपत्र।

✓ उपचारी चिकित्सक द्वारा विधिवत् सत्यापित सभी बिलों, संदर्भ पत्र, प्रेस्क्रिप्शन पर्चों और वाउचरों की मूल प्रतियाँ।

✓ सक्षम प्राधिकारी द्वारा तकनीकी परीक्षण की रिपोर्ट।

✓ विशेष परिस्थितियों में दावे को सिद्ध करने के लिए कोई अन्य दस्तावेज भी मूल रूप में संलग्न किये जा सकते हैं।

स्वीकर्ता प्राधिकारी द्वारा प्रतिपूर्ति की अनुमति तभी दी जायेगी जबकि परिशिष्ट 'ग' में दिये गये विहित प्रारूप पर उपरोक्त दस्तावेजों के साथ दावा प्रस्तुत किया जाय।

17. उच्चतर या विशिष्ट उपचार के लिए जिले/राज्य से बाहर चिकित्सा कराने की दशा में यात्रा एवं रोगी के साथ परिचारक/सहचर की अनुमन्यता

यदि कोई प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक किसी रोगी को उच्चतर/विशिष्ट उपचार के लिए, जिसके लिए जिला/राज्य में सुविधा उपलब्ध नहीं हैं, किसी चिकित्सालय को संदर्भित करता है तो कार्यालयाध्यक्ष द्वारा प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की विशिष्ट लिखित सलाह पर ऐसा उपचार कराने के लिए यात्रा की अनुमति दी जा सकती है। बीमारी की गंभीरता पर विचार करते हुए यदि प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक लिखित में यह संस्तुति करता है कि रोगी के साथ उसकी देखभाल के लिए किसी परिचारक का साथ जाना आवश्यक है तो कार्यालयाध्यक्ष द्वारा नाम सहित किसी परिचारक के लिए अनुमति दी जा सकती है जो सामान्यतः रोगी का सम्बन्धी होगा। रोगी और परिचारक, यदि कोई हो, अपनी सरकारी यात्रा के हकदारी की सीमा तक अपने निवास से उपचार के स्थान तक निकटतम रेलमार्ग से जाने और वापस आने की ऐसी यात्रा हेतु यात्रा भत्ता पाने के हकदार होंगे। तथापि, कोई दैनिक भत्ता अनुमन्य नहीं होगा। जटिल बीमारी की दशा में प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की लिखित संस्तुति पर सरकार वायुयान द्वारा यात्रा की अनुमति दे सकती है। तथापि, कोई दैनिक भत्ता अनुमन्य नहीं होगा।

18. अखिल भारतीय सेवा के सदस्यों एवं बाह्य सेवा/प्रतिनियुक्ति पर सेवारत सरकारी सेवकों के सम्बन्ध में चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति संबंधी व्यवस्था/निर्देश

चिकित्सा परिचर्या नियमावली में वर्णित व्यवस्थायें अखिल भारतीय सेवा के सदस्यों पर उन मामलों में लागू होगी जहाँ अखिल भारतीय सेवा (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली, 1954 के प्रावधान इस नियमावली से निम्नतर हैं। यदि कोई सरकारी सेवक बाह्य सेवा/प्रतिनियुक्ति पर सेवारत हो तो उसे इस नियमावली के अधीन अनुमन्य से निम्नतर चिकित्सा सुविधा नहीं प्राप्त होगी और चिकित्सा परिचर्या तथा उपचार पर हुआ व्यय बाह्य नियोक्ता द्वारा वहन किया जायेगा।

उक्त विषय को अधिक बोधगम्य बनाने हेतु आप द्वारा पुनर्लिखित लेख संस्थान के ई–मेल (ifmtr@nic.in) पर भेजा जा सकता है।

19.सेवानिवृत्त अधिकारियों/कर्मचारियों तथा राज्य सरकार के अधीन सेवा करते हुए सेवानिवृत्त अखिल भारतीय सेवाओं के अधिकारियों व उनके परिवार के आश्रित सदस्यों को चिकित्सा सुविधा दिये जाने के फलस्वरूप होने वाले चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति के संबंध में महत्वपूर्ण निर्देश

उ0प्र0 शासन के वित्त(लेखा) अनुभाग–1 के शा0संख्या–12/2015/ए–1–544/दस–2015–10(6)/90, दि0 31 जुलाई, 2015 एवं शासनादेश संख्या–4/2016/ए–1–221/दस–2016–10(6)/90, दिनांक 09 मार्च, 2016 के द्वारा यह स्पष्ट किया गया कि किसी भी परिस्थिति में चिकित्सा प्रतिपूर्ति से सम्बन्धित भुगतानों हेतु पेंशनर के हस्ताक्षर सेवानैवृत्तिक लाभ देयक प्रपत्र पर नहीं कराये जायेंगे। शासनादेश संख्या–15/2015/ए–1–959/दस–2015–10(6)/90, दिनांक 12 अक्टूबर, 2015 में उल्लिखित व्यवस्था के अनुसार सम्बन्धित आहरण एवं वितरण अधिकारी द्वारा स्वयं ही नियमानुसार इन व्यकों का भुगतान पेंशनर के बैंक खातें में, जिससे वह पेंशन आहरित करते है, सीधे इलेक्ट्रानिकली किया जायेगा।

इस हेतु प्रत्येक पेंशनर जिनका प्रतिपूर्ति दावा स्वीकृति किया जाना है, स्वीकृतकर्ता अधिकारी को प्रेषित अपने प्रार्थना पत्र में अपना पी0पी0ओ0 संख्या, बैंक खाता संख्या, बैंक का नाम एवं शाखा, आई0एफ0एस0 कोड एवं जनपद तथा कोषागार का नाम जहाँ से उनकी पेंशन आहरित की जा रही है, उपलब्ध करायेंगे। स्वीकृत कर्ता अधिकारी स्वीकृति आदेश में इसका पूर्ण उल्लेख करेंगे।

स्वीकृति कर्ता अधिकारी स्वीकृति आदेश को अपने डी0डी0ओ0 से सम्बन्धित कोषागार को पृष्ठांकित करेंगे। यदि स्वीकृति अधिकारी शासन के होने की दशा में स्वीकृति आदेश का पृष्ठांकन विभागाध्यक्ष से सम्बन्धित डी0डी0ओ0 के कोषागार को किया जायेगा।

चिकित्सा प्रतिपूर्ति से सम्बन्धित ऐसे देयकों का आहरण अनुदान संख्या–62 के अन्तर्गत निम्न लेखा से शीर्षक किया जायेगाः–

2071– पेंशन तथा अन्य सेवानिवृत्त हित लाभ
01– सिविल
800– अन्य व्यय
04– राज्य सरकार के सेवानिवृत्त कर्मचारियों एवं अधिकारियों तथा राज्य सरकार के अधीन सेवानृिवत्त अखिल भारतीय सेवाओं के अधिकारियों व उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के विशेष चिकित्सा उपचार हेतु सहायता
0401– दिनांक 08 नवम्बर, 2000 तक सेवानिवृत्त कर्मचारियों एवं अधिकारियों व उनके आश्रितों की विशेष चिकित्सा उपचार हेतु सहायता
59– चिकित्सा व्यय
0402– दिनांक 08 नवम्बर, 2000 के पश्चात् सेवानिवृत्त कर्मचारियों एवं अधिकारियों व उनके आश्रितों की विशेष चिकित्सा उपचार हेतु सहायता

आहरण–वितरण अधिकारी को उक्त देयकों हेतु बजट भरने की आवश्यकता नहीं होगी।

उक्त विषय को अधिक बोधगम्य बनाने हेतु आप द्वारा पुनर्लिखित लेख संस्थान के ई–मेल (ifmtr@nic.in) पर भेजा जा सकता है।

परिशिष्ट 'क'

उत्तर प्रदेश सरकार

स्वास्थ्य–पत्रक

(भाग दो, नियम–6(क) देखें)

संख्या–...................................

आवेदक के परिवार का प्रमाणित फोटो

कार्यालयाध्यक्ष की मुहर

नाम– .... जन्म का दिनांक .... लिंग ....

उक्त विषय को अधिक बोधगम्य बनाने हेतु आप द्वारा पुनर्लिखित लेख संस्थान के ई–मेल (ifmtr@nic.in) पर भेजा जा सकता है।

पदनाम .... विभाग का नाम ....

तैनाती का स्थान–..

आवासीय पता–...

मूल वेतन तथा वेतनमान / पेंशन–...

नामिनी का नाम–...

आश्रित पारिवारिक सदस्यों का विवरण–

कमांक	नाम	जन्म का दिनांक	आवेदक से सम्बन्ध
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
कुल संख्या			

दिनांक..

आवेदक के हस्ताक्षर

कार्यालयाध्यक्ष के प्रतिहस्ताक्षर, मुहर सहित।

परिशिष्ट "ख"

(नियमावली, 2011 भाग चार, नियम–15"ख" देखें)
उपचार हेतु अग्रिम के लिए आवेदन का प्रारूप

1. आवेदक का नाम–..

2. पदनाम–..

3. तैनाती का स्थान–..

4. कार्यालयाध्यक्ष–..

----

5. मूल वेतन–...

6. स्वास्थ्य पत्रक संख्या–...

7. रोगी का नाम–...

8. कर्मचारी से सम्बन्ध–...

9. बीमारी का नाम (जिससे पीड़ित है)–...

व्यय की धनराशि–...

(उपचारी चिकित्सक द्वारा तैयार तथा चिकित्सालय के अधीक्षक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित व्यय–अनुमान संलग्न है)
11– अपेक्षित अग्रिम की धनराशि...
दिनांकः....................................

(कर्मचारी के हस्ताक्षर)
नामः
पदनामः

परिशिष्ट "ग" (संशोधित)

(नियमावली, 2011 भाग–पाँच–नियम–16 तथा 18 देखें)

सेवा में,

निदेशक
वित्तीय प्रबन्ध प्रशिक्षण एवं शोध संस्थान, उ0प्र,
24/4, इन्दिरा नगर,
लखनऊ।

विषयः चिकित्सा उपचार पर किये गये व्यय की प्रतिपूर्ति।

महोदय,

मैने/मेरे पारिवारिक सदस्य (नाम) **.. दिनांक ....**
....................................तक अन्तः एवं बाह्य रोगी के रूप में **...**में उपचार करवाया है। मैं निम्नलिखित दस्तावेजों के साथ प्रतिपूर्ति के लिए दावा प्रस्तुत कर रहा हूँ :–

1. उपचारी चिकित्सक/चिकित्सालय के अधीक्षक द्वारा हस्ताक्षरित/प्रतिहस्ताक्षरित अनिवार्यता प्रमाणपत्र।

2. उपचारी चिकित्सक द्वारा विधिवत् हस्ताक्षरित एवं सत्यापित मूल नकद पर्ची (कैश मेमो), बीजक (बिल), वाउचर।

3. यह प्रमाणित किया जाता है कि ऊपर नामित पारिवारिक सदस्य मुझ पर पूर्णतया आश्रित है और सामान्यता मेरे साथ निवास करता है।

मेरे उपचारार्थ..के पत्र संख्या..................................दिनांक.................................. द्वारा स्वीकृत `...के अग्रिम का समायोजन करने के पश्चात् मेरे दावे की प्रतिपूर्ति के लिए यथा आवश्यक कार्यवाही करने की कृपा करें।

दिनांक.......................................

अधिकारी/कर्मचारी का नाम
पदनाम :
तैनाती का स्थान–

परिशिष्ट "घ"

(नियमावली, 2011 भाग–चार–नियम–15 (च) देखें)

चिकित्सा परिचारक के लिए अग्रिमों की पंजी

क्र0स0	सरकारी सेवक का नाम और पदनाम	अग्रिम की स्वीकृति के लिए शासनादेश का दिनांक और संख्या	स्वीकृत अग्रिम की धनराशि	अग्रिम के आहरण का दिनांक और वाउचर संख्य	प्रतिपूर्ति दावा में प्रस्तुतीकरण की देय अवधि

1	2	3	4	5	6

कार्यालयाध्यक्ष/ विभागाध्यक्ष के कार्यालय में प्रतिपूर्ति दावा की प्राप्ति का वास्तविक दिनांक	अग्रिम की प्रतिपूर्ति दावा वसूली के भुगतान के लिए की गई कार्यवाही का विवरण	प्रतिपूर्ति दावा की स्वीकृति के आदेश की संख्या और दिनांक	प्रतिपूर्ति के लिए स्वीकृत धनराशि	समायोजन के लिए यदि कोई हो, अग्रिम की अवशेष धनराशि
7	8	9	10	11

ट्रेजरी चालान की संख्या और दिनांक अग्रिम की अवशेष धनराशि के लिए जमा की गयी धनराशि, यदि कोई हो।	समायोजन की बिल संख्या और दिनांक	चेकिंग के पश्चात् आहरण एवं वितरण अधिकारी के हस्ताक्षर	अभ्युक्ति
12	13	14	15

परिशिष्ट 'ड़'

CERTIFICATE A

[To be completed in the case of patients who are not admitted to hospital for treatment]

Certificate granted to Mrs./Mr./Miss…………………………………………………………wife/son/daughter of Mr. …………………………………………………………………........employed in the……………………………………………

उक्त विषय को अधिक बोधगम्य बनाने हेतु आप द्वारा पुनर्लिखित लेख संस्थान के ई–मेल (ifmtr@nic.in) पर भेजा जा सकता है।

…….

I Dr. …………………………………………………………………………hereby certify

[a] That I charged and received…………………………for…………..…………………consultation on…………………(date to be given)at my consulting room/at the residence of patient.

[b] That I charged and received Rs………………………………………………………………………………for administering…………………………….…intra-venous/intra muscular/ Subcutaneous injection on …………………(date to be given) at my consulting room/ at the residence of patient.

[c] That the injections administered were/were not immunising or prophylactic purposes.

[d] That the patient has under treatment at…………………………………………………hospital/at my consulting room and the undermentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/prevention of serious, deterioration in the condition of the patient. The medicines are not stocked in the ……………………………………………………[name of hospital] for supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants.

NO.	NAME OF MEDICINES	PRICE	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
	TOTAL		
[			]

[e] That the patient is/was suffering from……………………………………………………………………and is/was under my treatment from……………………………………..to…………………………………………………

[f] That the patient is/was not given prenatal or postnatal treatment.

[g] That the x-ray, laboratory test, etc. for which an expenditure of Rs…………………………was incurred were necessary and were undertaken on my advice at……………………………..................... ………………………………………………………………………………………………[Name of hospital or laboratory]

[h] That I referred the patient to Dr. ……………………………………for specialist consultation and that the necessary approval of the………………………………………………………………………………………

---

*उक्त विषय को अधिक बोधगम्य बनाने हेतु आप द्वारा पुनर्लिखित लेख संस्थान के ई–मेल (**ifmtr@nic.in**) पर भेजा जा सकता है।*

[Name of the administrative officer of the state]………………………………………………………………………… as required under the rules was obtained.

[I] That the patient did not required hospitalisation.

Date……………………………………………..

Signature and Designation of the Medical Officer
and Name of the hospital & dispensary to which attached.

N.B : Certificates not applicable should be struck off.
Certificate [A] is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.

COUNTERSIGNED

…………………………………………………….Medical superintendent

….……………………………………………………………………………Hospital

I certify that patient has been under treatment at the ……………………………..hospital and that the facilities provided were the minimum which were essential for the patient's treatment.

Place :

Date :

…………………………………………………….Medical superintendent

….……………………….……………………………………………………Hospital

---

*उक्त विषय को अधिक बोधगम्य बनाने हेतु आप द्वारा पुनर्लिखित लेख संस्थान के ई–मेल (**ifmtr@nic.in**) पर भेजा जा सकता है।*

परिशिष्ट 'च'

CERTIFICATE 'B'

(To be completed in the case of patients, who are admitted to hospital for treatment)
Certificate granted to Mrs./Mr./Miss……………………………………………………………………………………
…………………………………wife/son/daughter of Mr. ……………………………………………………………
…………employed in the……
……

PART 'A'

(To be signed by the Medical Officer n charge of the case at the hospital)
I Dr. ………………………………………………………………………hereby certify.

(a) That the patient was admitted to the hospital on my advice /advice of……………………………
....

(Name of Medical Officer)

(b) That the patient has been under treatment at ……………………………………………………………………
…………………………… and that the undermentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of patient.

The medicines are not stocked in the ……………………………………………………………………
For supply to private patients and do not include proprietory preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available, nor preperations which are primarily foods, toilets.

No.	Name of Medicines	Price

----

*उक्त विषय को अधिक बोधगम्य बनाने हेतु आप द्वारा पुनर्लिखित लेख संस्थान के ई–मेल (**ifmtr@nic.in**) पर भेजा जा सकता है।*

(c) That the injections administered were/were not for immunising or prophylactic purposes.
(d) That the patient is/was suffering from……………………………………………………………………. and is/was under my treatment from………………………………to…………………………………….
(e) That the X-ray, Laboratory tests etc. for which an expenditure of Rs. ……………………… was incurred were necessary and were under taken on my advice at ……………………… ………………………………………………………………………………………..

(Name of the hospital or Laboratory)

(f) That I referred the patient to Dr. …………………………………………………………………………………… …………………for sp[ecialist consultation and that the necessary approval of the……………… ……………………………………………………….
…………………………………………………………………………………….
(Name of the Chief Administrative Medical Officer of the………………………………………………. ………………………………………………………………) as required under the rules was obtained.

Signature and Designation of the
Medical Officer in Charge
Of the case at the hospital

Part 'B'

I certify that the patient has been under treatment at the……………………………………………… ……………………………………….hospital and that the services of the special nurse With an expenditure of Rs. ……………………………….was incurred vide bill, receipts attached, were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

Signature and Designation of the
Medical Officer in Charge
Of the case at the hospital

COUNTERSIGNED

……………………………..Medical superintendent

…...Hospital

I certify that patient has been under treatment at the ……………………………..hospital and that the facilities provided were the minimum which were essential for the patient's treatment.
Place :
Date :